

## КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛОСКОЙ ЦИЛИОХОРИОИДАЛЬНОЙ ОТСЛОЙКИ

*Морхат В.И., Королькова Н.К., Приступа В.В.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Синдром мелкой передней камеры после антиглаукоматозных операций обычно развивается на фоне гипотонии глаза вследствие избыточной фильтрации или цилиохориоидальной отслойки. Цилиохориоидальная отслойка (ЦХО) как осложнение после антиглаукоматозных вмешательств и криоэкстракций катаракты возникает с частотой 5-7%, возможно также развитие ЦХО вследствие контузий глаза [2, 4].

Отслойка цилиарного тела просматривается уже в первые дни после операции, а отслойка хориоидеи офтальмоскопически видна на 5-6-й день. При этом наблюдаются гипотония, прогрессирующее уплощение передней камеры и фильтрационной подушки (в случаях фистулизирующих антиглаукоматозных операций). Длительное отсутствие фильтрационной подушки приводит к зарастанию фильтрационной щели и повышению внутриглазного давления вследствие спаечного процесса, а длительное отсутствие передней камеры приводит к адгезии радужки с задней поверхностью роговицы, в результате чего развивается дистрофический кератит, а затем полное помутнение роговицы [4, 5].

Особую трудность в диагностике представляют плоские ЦХО протекающие на фоне деструкции передних отделов стекловидного тела, частичных или полных помутнений в хрусталике и гемофтальмах. В этих случаях резко снижается эффективность офтальмоскопических и диафаноскопических методик и возрастает роль эхографического исследования [1, 3].

**Материалы и методы.** Обследован 31 глаз с плоской ЦХО. В 11 случаях отслойка возникла после криоэкстракции катаракты, в 16 - после синустрабекулектомии, в 4 - на фоне контузии глаза. На 26 глазах диагностирована серозная на 5 - геморрагическая ЦХО.

Проводились офтальмоскопия, биомикроскопия, диафаноскопия, диафаноофтальмоскопия, А- и В-сканирование глаза. Диафаноофтальмоскопия проводилась по собственной атравматичной методике. Ультразвуковое В-сканирование выполняли на ультразвуковом цифровом сканере SonoAce 5500 (Корея), использовался ультразвуковой линейный датчик, с диапазоном частот сканирования от 5 МГц до 10 МГц. Обследование проводили при частоте локации 10 МГц.

**Таблица - Распределение по нозологическим группам и характер ЦХО**

Нозологические группы	Серозная ЦХО (n)	Геморрагическая ЦХО (n)
Криоэкстракция катаракты	10	1
Синустрабелэктомия	16	—
Постконтузионная	—	4
Всего	26	5

**Результаты исследования.** Во всех случаях отмечалось уменьшение глубины передней камеры разной степени, без наличия зрачкового блока.

В 4-х случаях постконтузионной ЦХО первоначально отмечалась циклотракция и небольшое, неравномерное увеличение глубины передней камеры, которое затем сменилось ее уменьшением, что позволило заподозрить ЦХО. Во всех случаях диагноз был установлен после ультразвукового В-сканирования, т.к. вследствие гипемии и гемофтальма применение офтальмоскопии и диафаноскопии было невозможным.

Ультразвуковое А-сканирование дало возможность безошибочно диагностировать ЦХО лишь в 6 случаях серозной отслойки, в остальных случаях интерпретация эхограмм была крайне затруднена из-за наличия дополнительных эхосигналов от патологически измененного стекловидного тела.

В 21 случае серозной ЦХО диафаноскопия дала сомнительные результаты, а при геморрагической ЦХО область отслойки в 3 случаях не определялась, а в 2 случаях давала затемнение на соответствующем участке склеры.

Диафаноскопически во всех случаях серозной и в 1 случае геморрагической ЦХО при совершении движений наконечником диафаноскопа определялся "параллакс" цилиарных отростков в месте отслойки.

Геморрагический характер отслойки во всех случаях диагностирован с помощью В-сканирования по наличию средней эхогенности, неоднородной, подвижной массы под куполом отслоенной сосудистой оболочки. Основным диагностическим критерием ультразвуковой картины ЦХО, в отличие от отслойки сетчатки, являлось направление эхогенной линии отслойки непосредственно от корня радужки, в то время как линия отслойки сетчатки всегда начиналась от области "зубчатой линии" и зачастую оказывалась подвижной.

На всех глазах выполнена задняя склерэктомия, после чего произошло восстановление глубины передней камеры и улучшение зрительных функций.

#### **Выводы:**

Проведенное исследование показало, что наибольшей информативностью в диагностике плоской ЦХО обладают В-сканирование и диафаноскопия.

Диафаноскопия может использоваться в качестве метода скрининг-контроля в послеоперационном периоде при условии прозрачности преломляющих сред.

Для выявления геморрагического характера ЦХО наибольшей информативностью обладает ультразвуковое В-сканирование.

При развитии синдрома мелкой передней камеры в сочетании с непрозрачностью оптических сред методом выбора для диагностики ЦХО является ультразвуковое В-сканирование.

#### **Литература:**

1. Катькова, Е.А. Диагностический ультразвук. Офтальмология / Е.А. Катькова. – М.: ООО "Фирма СТРОМ", 2002. – 1-е изд. – 120 с.
2. Роль ультразвукового исследования при травме глаза / Н.К. Королькова [и др.] // Современные достижения отечественной офтальмологии: тез. докл. науч. конф. / Белорус. гос. мед. ун-т.; под ред. Т.А. Бирюч. – Минск, 2003. – С. 87-88.
3. Морхат, В.И. Диагностические возможности использования неспециализированных ультразвуковых аппаратов при исследовании патологии органа зрения / В.И. Морхат [и др.] // Белорусский офтальмологический журнал. – 2005. – № 1. – С. 38-44.
4. Нестеров, А.П. Глаукома / А.П. Нестеров. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
5. Parsons' diseases of the eye / eds. R.Sihota & R.Tandon. – 20<sup>th</sup> ed. – Elsevier, 2007. – 576 p.